

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1898-99. — N° 39

DU

Drainage des Collections péritonéales

PAR LA VOIE RECTALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 19 Décembre 1898

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ARTHUR QUIN

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né le 14 Juin 1874, à Geffosses (Manche)

LYON

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

20, RUE CAVENNE, 20

Décembre 1898

DU

DRAINAGE DES COLLECTIONS PÉRITONÉALES

par la Voie rectale

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1898-99. — N° 39

DU

Drainage des Collections péritonéales

PAR LA VOIE RECTALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 19 Décembre 1898

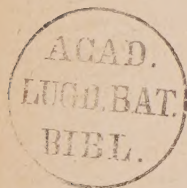
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ARTHUR QUIN

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né le 14 Juin 1874, à Geffosses (Manche)



LYON

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

20, RUE CAVENNE, 20

Décembre 1898

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. LORTET..... DOYEN.
LACASSAGNE..... ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	{	MM. LÉPINE. BONDET.
Cliniques chirurgicales.....	{	OLLIER. PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements.....		FOCHIER.
Clinique ophtalmologique.....		GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		GAILLETON.
Clinique des maladies mentales.....		PIERRET.
Physique médicale.....		MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.....		HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie.....		CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique.....		FLORENCE.
Zoologie et Anatomie comparée.....		LORTET.
Anatomie.....		TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.....		RENAUT.
Physiologie.....		MORAT.
Pathologie interne.....		TEISSIER.
Pathologie externe.....		AUGAGNEUR.
Pathologie et Thérapeutique générales.....		MAYET.
Anatomie pathologique.....		TRIPIER.
Médecine opératoire.....		POLLOSSON (Maurice).
Médecine expérimentale et comparée.....		ARLOING.
Médecine légale.....		LACASSAGNE.
Hygiène.....		BARD.
Thérapeutique.....		SOULIER.
Pharmacie.....		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes..... LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.....	MM. WEILL.	agrégé
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	LANNOIS	—
Accouchements.....	POLLOSSON (Aug.)	—
Botanique.....	BEAUVISAGE	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	ROLLET.	DURAND.	PAVIOT.
CONDAMIN.	ROUX.	DOYON.	NOVÉ-JOSSERAND.
COURMONT	COLLET.	BARRAL.	BÉRARD.
DEVIC.	BOYER.	MOREAU.	BORDIER.
POLLOSSON (Aug.)	VALLAS.	PIC.	SAMBUC.
ROCHET.	SIRAUD.		

M. BEAUDUN, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. POLLOSSON (Maurice), Président ; ROLLET, Assesseur

MM. VALLAS et SIRAUD, Agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

C'est à M. Jaboulay, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé de la Faculté, que revient l'idée première de ce modeste travail. Nous n'oublierons jamais la bienveillance avec laquelle ce maître éminent nous a toujours accueilli, et à lui iront nos premiers remerciements.

Monsieur le professeur Maurice Pollosson nous fait l'insigne honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Nous sommes heureux de pouvoir lui exprimer tous nos sentiments de profonde gratitude.

Monsieur le médecin principal Pierrot, sous-directeur de l'Ecole, nous a prodigué ses soins, lors d'un accident qui nous frappa dans les premiers mois de notre séjour à Lyon : qu'il veuille bien recevoir ici l'hommage de notre profonde reconnaissance.

Merci enfin à tous ceux de nos maîtres qui nous ont témoigné de l'intérêt, dans le cours de nos études médicales. Nous n'oublierons pas le Dr Bargy, avec lequel nous avons passé une année d'Ecole et qu'il soit assuré d'une amitié qui, commencée sur les bancs du lycée, n'a fait que se fortifier depuis.

A. O.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545308_0059

DU

DRAINAGE DES COLLECTIONS PÉRITONÉALES

par la Voie rectale

INTRODUCTION

Depuis longtemps déjà, on avait remarqué que les collections péritonéales du petit bassin avaient une tendance spontanée à se vider au dehors par le rectum et c'était à l'avis de beaucoup d'auteurs un moyen qu'employait la nature pour leur guérison. Chassaignac dans son traité des suppurations et du drainage, dit : « On doit considérer cette terminaison comme la plus heureuse, du moins celle qui compte le plus de guérisons. »

Aussi l'étude approfondie des suppurations péritonéales, l'existence assez fréquente d'un type pelvien d'abcès périappendiculaires conduisirent les chirurgiens à rechercher des voies de drainage simples et déclives. La voie rectale s'imposait comme intervention chirurgicale venant hâter un processus tout naturel ; nous la trouvons successivement employée par trois chirurgiens américains : Gerster, Stimson et Richardson qui en 1890 et 1892 rapportent 4 observations avec guérison de collections péritonéales d'origine appendiculaire siégeant au devant du rectum, ouvertes et drainées par cette voie.

M. Jaboulay, à Lyon, sans connaître les interventions de ces chirurgiens étrangers, a de nouveau préconisé la voie rectale, l'a employée systématiquement dans un certain nombre de cas où elle lui a constamment donné des résultats. Sa première observation date de 1896 ; depuis, il a eu l'occasion de l'employer sept autres fois et toujours l'intervention s'est terminée par la guérison. Nous ne notons qu'un seul décès mais il est dû à l'infection générale avancée du malade opéré en pleine septicémie péritonéale, contre laquelle l'assèchement du péritoine ne pouvait plus rien.

Dans un article du *Lyon médical* (mai 1898), M. Jaboulay, après avoir tracé le manuel opératoire, s'est fait le défenseur de la voie rectale dans le cas d'appendicite pelvienne et de péritonite généralisée d'origine appendiculaire. Ce sont les seuls cas où il ait eu à intervenir, mais il propose d'étendre encore les indications de l'intervention, qui est pour lui l'opération de choix, bien préférable à la voie parasacrée qu'il avait préconisée autrefois pour aborder le bas fond péritonéal par son point déclive et à la voie périnéale, plus récemment proposée par M. Mauclaire.

Nous ralliant aux idées de ce maître éminent, nous nous proposons ici, sur ses conseils, de montrer que la voie rectale ne doit pas à l'avenir inspirer une « sainte terreur » aux chirurgiens comme elle l'a fait jusqu'ici, qu'au contraire elle mérite d'être étudiée et employée et qu'elle a des avantages incontestables pour le drainage des collections péritonéales.

Après avoir décrit dans un chapitre 1^{er} le manuel opératoire de M. Jaboulay qui permet de répondre à la

plupart des objections qu'on a faites à la voie rectale, nous étudierons dans un chapitre II ses indications chez l'homme et chez la femme. Nous montrerons dans un chapitre III les objections dont sont passibles les voies parasacrée et périnéale qui se proposent elles aussi, d'abord le bas-fond péritonéal, et dans un IV^e et dernier chapitre après avoir montré les avantages de la voie rectale, nous verrons les objections plus ou moins bien fondées qu'on lui a faites, objections qui, pour le dire dès maintenant, sont loin d'être décisives et que nous essaierons de réfuter.

En somme, nous désirons montrer que la voie rectale est un mode d'intervention sur lequel le chirurgien peut compter et qu'il ne faut pas condamner sans appel. Comme le montrent nos observations, elle donne des résultats favorables, point capital pour apprécier à sa juste valeur une intervention chirurgicale.

CHAPITRE PREMIER
MANUEL OPÉATOIRE DE DRAINAGE RECTAL
PROCÉDÉ DE M. JABOULAY

La voie rectale, appliquée au drainage des collections péritonéales, se propose d'aborder le bas fond de la séreuse qui représente la partie la plus inférieure de la cavité abdominale. La distance du cul de sac péritonéal à l'anus est de 5 centimètres dans l'état de vacuité de 6 centimètres dans l'état de plénitude de la vessie : c'est dire qu'il est facile de l'aborder par le rectum et que des dilateurs introduits dans l'anus permettent de voir ce que l'on fait à une distance aussi rapprochée de ce dernier.

Bien qu'on ait déjà ouvert et drainé des collections péritonéales par le rectum avant M. Jaboulay, c'est ce chirurgien qui le premier en a nettement tracé le manuel opératoire et en a fait une intervention bien réglée. Nous empruntons son procédé à l'article du *Lyon Médical* (29 mai 1898).

Le rectum est dilaté puis désinfecté comme l'est le vagin quand on veut faire une opération sur les annexes. L'index gauche seul ou accompagné du médius, reconnaît la prostate et recherche au dessus

d'elle la collection à ouvrir. Des ciseaux courbes sont glissés sur lui jusqu'à l'endroit à ouvrir et ils coupent transversalement les tuniques du rectum en étant toujours surveillés par les doigts de la main gauche. L'index gauche est introduit dans l'orifice artificiel et entre dans le péritoine d'où s'écoule immédiatement, si l'orifice est plus large que le doigt, une grande quantité de liquide purulent.

Le doigt peut ramener les lèvres de la perforation jusqu'à l'anus : en les descendant il est possible de suturer cette perforation au pourtour de la partie antérieure de l'anus : la partie postérieure restée libre laisse encore passer facilement les gaz intestinaux et les matières fécales par l'espace qui la sépare de l'invagination rectale. Nous verrons plus loin que ce temps opératoire a une importance capitale et permet de répondre à l'une des plus graves objections qu'on a faites à la voie rectale.

Que le rectum soit ou non invaginé dans l'anus, un drain de gros calibre est placé dans la perforation de sa paroi antérieure et aboutit en pleine cavité péritonéale. On peut tirer ce drain au bout de deux jours environ, le péritoine paraît-être bien vidé après ce laps de temps et aucun pansement n'est plus nécessaire.

CHAPITRE II

INDICATIONS DE LA VOIE RECTALE

La plus grande partie de ce chapitre sera consacrée à l'étude des indications chez l'homme, de pareilles interventions étant surtout indiquées et pratiquées chez ce dernier, tandis que la laparotomie vaginale est l'opération de choix dans le cas des collections pelviennes de la femme, qu'elles soient d'origine annexielle ou appendiculaire. Cependant nous rapportons deux observations où chez la femme, on est intervenu par le rectum et à ce propos, nous déterminerons les cas justiciables de ce procédé.

§ I. Indications chez l'homme

« L'appendice, a dit Piard, semble jouer dans les suppurations pelviennes de l'homme, le rôle de la trompe dans celles de la femme. » C'est dire, tout de suite que les péritonites appendiculaires sont la principale indication de la voie rectale.

Or, ces péritonites d'origine appendiculaire peuvent être enkystées dans le petit bassin ou au contraire généralisées.

1° CAS DE PÉRITONITE ENKYSTÉE DANS LE PETIT BASSIN,
SITUÉE ENTRE LE RECTUM ET LA VESSIE

Depuis longtemps déjà, on sait que les abcès péri-appendiculaires occupent dans l'abdomen les situations les plus diverses. La direction qu'occupait normalement l'appendice et les adhérences anciennes ou récentes, reliquat d'anciennes attaques appendiculaires sont autant de conditions qui expliquent la localisation de la péritonite et ses tendances à l'enkystement. Or, dans un certain nombre de cas, l'appendice se dirige en bas et en dedans et s'engage dans le petit bassin en venant se placer au devant du rectum. Fergusson a trouvé 11 fois cette situation sur 200 cas examinés ; pour Clado la direction descendante avec pénétration dans le bassin est la plus fréquente. D'après la dernière statistique due à M. Bérard, agrégé, l'appendice pénétrerait dans le bassin 29 fois sur 86 cas, ce qui fait une moyenne de 33,7 pour 100, proportion comme on le voit assez considérable.

Quand l'appendice s'enflamme dans cette situation, il peut déterminer autour de lui une péritonite pelvienne et des collections purulentes dans le petit bassin. Gerster a spécialement appelé l'attention sur cette localisation pelvienne pararectale de l'appendicite, forme bien étudiée dans la thèse de Dormoy, (Lyon, 1897). Aussi comprend-on que MM. Poncet et Bouveret à Lyon, M. Tuffier à Paris insistent depuis plusieurs années déjà pour que le toucher rectal ne soit négligé dans aucun cas d'appendicite, qu'on le considère comme un des meilleurs moyens d'arriver à la

localisation exacte de la collection et par suite au diagnostic opératoire. « C'est une bonne règle, dit Gerster, de ne jamais négliger d'examiner le rectum, d'où il peut être sûrement ouvert et évacué. »

L'indication est d'ouvrir ; mais on se gardera d'ouvrir d'abord la grande cavité péritonéale, comme certains auteurs qui n'hésitent pas à chercher l'abcès pelvien, le désinfecter et le drainer par la laparotomie. Ce serait courir inutilement le risque très grave d'inoculer la séreuse que les défenses naturelles de l'organisme avaient protégées ; et puis on tombe difficilement sur la collection profondément située ; enfin le drainage passant par la partie supérieure de la poche ne satisfait pas aux lois de l'hydraulique et est par cela même insuffisant.

La voie que suivra le chirurgien sera celle que l'abcès semble devoir parcourir le plus volontiers, celle en quelque sorte par laquelle il s'ouvrirait au dehors s'il était abandonné à son évolution naturelle. L'indication est d'évacuer cette collection par sa partie déclive et le plus court chemin, c'est-à-dire par la voie rectale.

2. CAS DE PÉRITONITE GÉNÉRALISÉE D'ORIGINE APPENDICULAIRE

Il est en effet des cas, encore malheureusement trop fréquents où la perforation de l'appendice vient surprendre le péritoine avant que des adhérences protectrices aient eu le temps de se former et on assiste à l'évolution d'une péritonite généralisée.

Ici, si l'état du malade le permet, il faut faire la la-

parotomie dans un double but : la recherche de l'appendice et l'évacuation des liquides péritonéaux ; mais il faut, de plus assurer le drainage de la cavité abdominale. L'épanchement intra-péritonéal, en effet, tout chargé de produits septiques descend dans le bassin et et s'y accumule en vertu de la pesanteur et du décubitus dorsal. Or c'est de l'installation judicieuse du système d'évacuation de liquides péritonéaux que dépend le plus souvent le succès.

Le drainage établi par l'incision antérieure restera impuissant à l'évacuation du pus accumulé dans le petit bassin. « Le drainage ascendant, dit Moulounguet, qui est destiné à faire remonter les matériaux à éliminer des parties déclives vers les parties supérieures, du fond du bassin vers la paroi abdominale, dans la position horizontale, est antiphysique et antiphysiologique. Il ne peut donner que des résultats imparfaits. Il faut restituer au drainage sa vraie fonction, sa vraie voie et permettre aux matériaux nuisibles de suivre le cours que leur assignent les lois naturelles de la pesanteur ».

La voie rectale s'impose encore ici comme drainant au point déclive et comme intervention complémentaire simple, rapidement faite sur des malades chez lesquels il est dangereux de prolonger l'anesthésie.

Il est même des cas, d'une effroyable gravité, de ceux comme dit Roux, qui « ressortissent plutôt aux pompes funèbres qu'à la chirurgie » où le malade est tellement bas et affaibli qu'il ne faut pas songer un instant à l'anesthésie et la laparotomie, car ce serait hâter sa fin. Or, en présence de tels malades, M. Jaboulay

propose de faire la laparotomie rectale : le liquide trouvant une voie d'écoulement à l'extérieur, n'a plus la même tendance à être resorbé par la séreuse et c'est faire profiter le malade de la seule chance de guérison qui lui reste. Le drainage rectal n'est-il pas en effet l'intervention qui réduit au minimum le shock opératoire dans ces cas où comme le dit Koerte « l'opération doit être le moins grave possible, se borner à évacuer le pus et en assurer le libre écoulement au dehors ». Les observations X et XI sont de remarquables exemples de guérison.

Tels sont les différents cas où l'on a employé la voie rectale jusqu'à présent et pour lesquels nous rapportons des observations. Mais il faut étendre le domaine de ses indications, et M. Jaboulay la conseille volontiers dans d'autres circonstances :

a) Il y a une variété d'appendicite dite appendicite aiguë sans perforation ni gangrène de l'appendice, qui a été étudiée dans la thèse de Margery (Lyon, 1892), dont les symptômes sont ceux de l'appendicite perforante aiguë, et il est impossible au point de vue symptomatologique, de séparer les deux affections. Son traitement doit répondre à deux indications :

1° Supprimer l'appendice, organe de l'infection, qui déverse sans cesse de nouveaux germes dans la cavité péritonéale : ce que l'on fera par l'incision classique iliaque prolongée de Roux.

2° Drainage du péritoine afin de permettre l'écoulement des produits septiques accumulés dans la cavité péritonéale avant l'opération. Là, encore, un drainage du petit bassin s'impose. M. Jaboulay avait proposé

autrefois la voie parasacrée pour atteindre le bas-fond péritonéal et drainer au point déclive. Il eut l'occasion d'intervenir une fois et son malade succomba ; il est d'avis maintenant que la voie rectale est préférable : la voie parasacrée est un acte opératoire d'une certaine durée, qui nécessite une perte de sang assez considérable et prolonge l'anesthésie. Aussi, se propose-t-il de recourir au drainage rectal, le cas échéant.

b) Il est opportun d'intervenir dans l'hypothèse de perforation survenue au niveau d'une plaque de Peyer ulcérée dans la fièvre typhoïde, ou au niveau de l'estomac dans un cas d'ulcère rond. Il faut faire la laparotomie précoce pour évacuer le pus et rechercher la lésion causale. Mais l'intervention ne doit pas se borner à cela il y a intérêt à vider le péritoine pelvien des produits qui s'y sont déjà accumulés et pourraient s'y accumuler encore ; on y réussira en établissant une controouverture rectale par laquelle passera un drain plongeant en pleine cavité péritonéale.

c) M. Mauclaire a proposé le drainage du péritoine pelvien dans certains cas de fracture du bassin et de contusion de l'abdomen, accompagnées de rupture de l'intestin grêle. On fait d'abord une laparotomie exploratrice, on reconnaît les perforations intestinales et on les bouche soit par entérorrhaphie, soit par l'emploi d'un bouton de Murphy après entérectomie si la perforation est trop étendue ; puis on établit un drainage du péritoine pelvien. M. Mauclaire s'était contenté de faire la laparotomie suivie de suture intestinale chez deux malades ayant subi un traumatisme grave de l'abdomen ;

ses 2 malades succombèrent et il ajoute « nous pensons que si nous avions drainé le résultat n'aurait pas été fatal ». C'est à cette occasion qu'il propose la voie périméale comme moyen de drainage pelvien du péritoine : nous verrons les reproches qu'on peut faire à ce mode de drainage et que la voie rectale soutient très heureusement la comparaison avec lui.

d) Enfin si chez l'homme, on se trouvait en présence d'une péritonite postopératoire, ce qui est rare, on se trouvera fort bien d'un drainage multiple : par conséquent la réouverture du ventre, l'incision par le rectum et le drainage du cul-de-sac recto-vésical réalisent des conditions parfaites au point de vue de l'évacuation des liquides septiques.

§ 2. Indications chez la femme

Il faut poser en principe que la voie vaginale est toute tracée et toujours indiquée chez la femme, dans le cas de collections dont le relief se prononce sur le cul-de-sac postérieur ; il en est de même dans les cas d'infections péritonéales généralisées quand les liquides accumulés dans le bassin se vident mal par un drainage antérieur. Le drainage rectal est tout au plus indiqué dans certaines collections d'origine appendiculaire, qui bombent surtout du côté du rectum. Stimson et M. Jaboulay sont intervenus chacun une fois par cette voie pour appendicite et les malades ont très bien guéri.

Il est deux sortes de cas, plutôt d'ordre physiologique, qui doivent faire préférer la voie rectale ; ce sont :

1° Quand il s'agit d'une jeune fille vierge ; il est alors

indiqué de respecter la membrane hymen. L'exploration du bassin et l'évacuation des collections péritonéales doivent se faire par le rectum.

2° Lorsqu'il s'agit d'une nullipare. L'étroitesse du vagin et l'épaisseur du périnée rendent l'abord du cul-de-sac postérieur assez difficile.

CHAPITRE III

DES VOIES PARASACRÉE ET PÉRINÉALE COMME MOYENS D'ABORDER LE PÉRI- TOINE PAR SON BAS FOND.— OBJECTIONS QU'ON PEUT LEUR ADRESSER.

Dans les différents cas que nous avons considérés comme justiciables de la voie rectale, il n'y a que deux voies qu'on peut lui opposer pour drainer le péritoïne pelvien par son point déclive. Ce sont :

1° la voie parasacrée de M. Jaboulay.

2° la voie périnéale de M. Mauclaire.

Nous exposerons rapidement ces deux procédés et après avoir vu leur manuel opératoire, nous examinerons les objections dont elles sont passibles.

§ 1. Exposition des procédés

A. — DRAINAGE PAR LA VOIE PARASACRÉE

Il a été proposé en 1892 par M. Jaboulay, pour les péritonites consécutives à certaines appendicites aiguës : c'est cette opération que Frœlich s' imagine avoir créée (Mercredi médical, 1895) sous prétexte, dit-il, qu'il n'a rien trouvé de semblable dans la littérature médicale. On trace une incision longitudinale parallèlement à l'un des bords du sacrum : après avoir coupé

les téguments, le grand fessier, les ligaments sacro-sciatiques, on longe ensuite le rectum jusqu'au cul-de-sac péritonéal que l'on ouvre et l'on place profondément un drain de gros calibre.

B. — DRAINAGE PÉRINÉAL

« Il s'agit, dit M. Mauclore, d'un procédé encore tout théorique sur lequel nous avons fait de nombreuses recherches cadavériques, en 1895, à l'Ecole pratique. Voici comment, sur le cadavre, nous avons pratiqué la trouée périnéo-péritonéale. Nous faisons une incision prérectale comme pour la taille périnéale ; puis arrivé au niveau du bulbe, un doigt caoutchouté de la main gauche restant dans le rectum et servant de cathéter, nous continuons à suivre la paroi antérieure du rectum, en passant au-dessous de la prostate et des vésicules séminales ; arrivé sur ce point, avec l'index de la main droite, dont l'ongle est dirigé en haut et en avant comme vers l'ombilic, nous accrochons le cul-de-sac péritonéal. Mais celui-ci fuit souvent sous le doigt : à cette profondeur on agit à l'aveugle. Cependant dans la moitié des cas nous avons par cette voie ouvert très facilement le cul-de-sac péritonéal recto-vésical. »

S'il s'agit de faire le drainage abdomino-périnéal, après la laparotomie, on fait l'incision prérectale jusqu'à un centimètre au delà de la prostate : on introduit les doigts de la main droite dans l'incision hypogastrique et ces doigts vont dans le cul-de-sac recto-vésical à la rencontre des doigts de la main gauche placés au sommet de l'incision prérectale. La distance qui sépare les doigts droits et gauches est très faible

et l'effondrement de la cloison de séparation est facile en passant derrière l'aponévrose prostatopéritonéale.

§ 2. Examen de ces procédés. — Objections qu'on peut leur faire.

Les voies parasacrée et périnéale se proposent bien de drainer au point déclive, et à ce titre, elles méritaient d'être retenues, mais elles ne sauraient vider le péritoine plus rapidement que le drainage par la voie rectale qui, comme on pourra s'en rendre compte d'après nos observations, assèche rapidement le péritoine et assure l'évacuation des liquides en deux ou trois jours au maximum.

D'ailleurs on ne saurait s'attarder à discuter longtemps le procédé périnéal de M. Mauclore, sur lequel l'auteur s'est borné à des recherches cadavériques et qui n'a jamais été employé sur le vivant, qui par conséquent n'a pas fait ses preuves. En outre, nous pensons que l'abondance bien connue des veines de la région prostatique rend l'incision prérectale dangereuse. Mauclore dit lui-même que souvent on trouve un paquet veineux accolé à la base de la vessie et assez près de l'incision et ces vaisseaux sont accompagnés de rameaux nerveux importants provenant du plexus hypogastrique. De plus les vésicules séminales et les canaux déférents sont-ils aussi faciles à éviter que Mauclore veut bien le dire ?

Reste donc la voie parasacrée : mais à celle-ci encore on peut faire les reproches suivants :

1° On n'a pas suffisamment d'interventions par cette voie pour juger de sa valeur.

Elle a été proposée primitivement dans les cas de péritonite généralisée à la suite d'appendicite infectieuse aiguë, comme complément de la laparotomie pour assurer le drainage de la cavité abdominale. Or, dans ce cas, il s'agit d'un acte opératoire d'une certaine durée, qui à cause de cela même et de la perte de sang qu'il nécessite est déjà grave par lui-même. Et alors comment oser l'employer chez un malade très affaibli, qui vient de subir une laparotomie et chez lequel il est dangereux de prolonger l'anesthésie et les manœuvres opératoires? C'est actuellement l'avis de M. Jaboulay qui n'a eu l'occasion de l'employer qu'une fois et qui maintenant est partisan de la voie rectale comme opération de choix dans tous les cas.

La voie parasacrée ne resterait par conséquent indiquée que dans les cas où il s'agit de collection enkystée du péritoine pelvien, chez des malades capables de supporter l'intervention. Frœlich l'a employée dans un cas analogue avec succès ; néanmoins il nous semble qu'encore ici, elle doit céder le pas à la voie rectale, qui est à la fois plus simple, plus rapidement faite et qui assure tout aussi bien la guérison.

2° C'est une opération sanglante et même dangereuse parce qu'elle fait inciser dans une région où l'on risque de rencontrer sous le bistouri des collatérales de l'ischiatique difficiles à lier dans cette plaie profonde.

3° Elle est relativement longue et il est souvent indiqué d'aller vite, vu l'état du malade.

4° Elle est difficile et exige du chirurgien des connaissances anatomiques sérieuses.

5° Le chemin quelle se crée est un chemin artificiel et compliqué.

6° Enfin, le sacrifice de ligaments qui jouent dans la statique, dans la marche et dans la solidité du bassin un rôle considérable, peut entraîner de graves conséquences.

Comme conclusion, nous voyons que les voies péri-néale et parasacrée ne sont pas les opérations de choix pour drainer le péritoine pelvien et qu'elles doivent disparaître devant la voie rectale, dont nous allons étudier les avantages dans le chapitre suivant.

CHAPITRE IV

AVANTAGES DE LA VOIE RECTALE. — OBJECTIONS QU'ON LUI A FAITES. — RÉFUTATION

Dans ce dernier chapitre, nous nous proposons, après avoir montré les avantages de la voie rectale dans tous les cas où nous croyons indiqué de drainer le péritoine pelvien, d'examiner une à une les objections qu'on lui a faites et nous essaierons d'y répondre, persuadé que nous sommes qu'elles sont loin d'être décisives.

§ 1. Avantages de la voie rectale

1° Elle draine au point déclive tout aussi bien que les voies parasacrées et périnéale, puisque toutes les méthodes ont le même objectif, aborder le péritoine par son bas fond.

2° Il faut placer la simplicité et la facilité de l'opération, ce qui, dans l'espèce, a bien ses avantages, puisqu'elle devient accessible à tout praticien, si modeste chirurgien qu'il soit.

3° Elle se fait sans perte de sang aucune.

4° Elle a le mérite de suivre une voie toute tracée par la nature pour l'évacuation des collections péritonéales, tandis que les autres chemins exposés dans le chapitre précédent sont des voies artificielles et compliquées.

5° Elle peut se pratiquer sans anesthésie, et cet avantage devient appréciable chez les malades affaiblis, moribonds, qui ne sauraient supporter une opération grave sans succomber pendant l'intervention. La voie rectale est une chance de salut qu'il ne faut pas dédaigner.

6° Elle assèche rapidement le péritoine pour l'excellente raison qu'elle draine au point déclive. Dans une de nos observations (observat. XI) où le malade se présente avec tous les symptômes d'une péritonite généralisée, on fait la laparatomie rectale le 24 septembre, son état ne permettant pas de songer à une intervention plus radicale. Son état général se relève et on se propose deux jours après de rechercher et d'enlever l'appendice. Or il n'y avait pas de pus dans le péritoine, bien que l'appendice fut gangréné. Cette observation apporte une réelle valeur à l'efficacité du drainage du péritoine par cette voie et au rapide assèchement de la séreuse.

§ 2. Objections qu'on lui a faites. Réfutation

Les objections, comme nous allons le voir, n'ont pas été ménagées à la voie rectale.

« Une règle pour ainsi dire sans exception, dit H. Budley, dans l'incision des abcès pelviens est de s'éloigner autant que possible de la cavité intestinale. »

Ailleurs Vauverts prétend que « la voie rectale est un pis aller auquel on ne devra se résoudre que lorsque l'ouverture par le rectum est imminente. »

La crainte d'accidents plus ou moins terribles hantait l'esprit des chirurgiens qui la rejetaient sans appel.

1° La première objection, celle qui paraissait capitale est celle-ci : « Il y aura pénétration des matières fécales dans le foyer purulent et par conséquent septicémie qui emportera le malade. »

Cependant avant de formuler une pareille objection, il nous semble qu'on aurait dû tenir compte de l'avis de certains chirurgiens qui considéraient l'ouverture spontanée par le rectum comme un mode de guérison employé par la nature et que nulle part on ne trouve pareils accidents à la suite de cette terminaison naturelle. Et alors, il serait vraiment étonnant qu'une intervention chirurgicale venant hâter un processus naturel n'ait pas les mêmes conséquences heureuses qu'une ouverture spontanée. Déjà Gerster disait dans le *New-York médical journal* de 1890 : « L'objection que les matières fécales peuvent entrer dans l'abcès n'a pas encore été vérifié par expérience et M. Jaboulay dans son article du *Lyon médical* constate que l'infection du péritoine par les matières fécales n'a jamais été observée chez ses malades.

Dans notre série d'observations, nous ne relatons qu'un cas de mort. Mais elle ne doit pas être mise sur le compte d'une infection par les fèces : le malade est bel et bien mort d'une septicémie péritonéale d'origine appendiculaire, contre laquelle l'intervention trop tardive, quoi qu'asséchant le péritoine, ne pouvait plus rien.

Pour notre part on ne conçoit pas très bien que les matières fécales remontent dans la cavité péritonéale par une ouverture qui tombe en biseau dirigé en sens inverse du cours des matières comme le sont les orifices

des uretères dans la vessie. Il faut d'ailleurs ajouter que chez les malades où l'intervention est indiquée, la circulation intestinale est le plus souvent suspendue.

Et puis, admettons que le fait puisse se produire et que l'objection persiste malgré les raisons que nous avons données de douter de sa valeur. Elle tombe devant le manuel opératoire employé par M. Jaboulay qui ramène les lèvres de la perforation jusqu'à l'anus en les descendant et en venant suturer cette perforation au pourtour de la portion antérieure de l'anus. La partie postérieure restée libre laisse encore passer facilement les gaz intestinaux et les matières fécales par l'espace qui la sépare de l'invagination rectale.

2° Non seulement ce *modus faciendi* permet de répondre victorieusement à la première objection, mais elle fait justice d'une seconde, à savoir qu'il y aura irritation du rectum par le pus péritonéal.

On comprend en effet que le pus ne vient plus au contact du rectum, puisqu'il vient se déverser au dehors par un conduit différent de celui qui sert au cours des matières; l'on se trouve avoir deux chemins physiologiquement séparés, l'un pour le pus, l'autre pour les fèces.

3° On a accusé la voie rectale de laisser parfois à sa suite des fistules persistantes.

L'objection nous semble d'abord atténuée en ce sens qu'elle dit parfois et non toujours. D'ailleurs il existe des cas de fistule n'ayant donné lieu à aucun trouble pendant la vie. Mac Carthy dans les *Transactions of the Pathological society of London* rapporte l'histoire d'une femme morte au London Hospital d'une broncho-

pneumonie tuberculeuse; à l'autopsie, il trouva un appendice vermiforme solidement adhérent à la première partie du rectum dont la muqueuse en face de l'adhésion était perforée de deux petits trous qui s'ouvraient dans une cavité située dans le tissu sous muqueux et de la grosseur d'un petit haricot. Il s'agissait par conséquent d'une appendicite pelvienne d'où il était résulté un abcès adhérent au rectum et dont le contenu s'était vidé à travers la muqueuse perforée. La malade ne s'était jamais plainte de rien pendant la vie et ne soupçonnait même pas l'existence d'une pareille affection qui ne produisait aucun trouble.

Enfin nous ferons remarquer que le danger des fistules plus ou moins longues à cicatriser doit se voir surtout après l'ouverture spontanée et reconnaissent pour cause la perforation en un point peu déclive; or ce danger n'est pas à redouter avec l'ouverture artificielle pratiquée toujours au contraire au point le plus déclive.

4. Il est impossible, a-t-on dit, de s'assurer de la pénétration d'agents modificateurs destinés à agir sur toute la surface purulente. Mais il nous semble qu'il n'est nullement indiqué de faire de lavages de la poche et que ceux-ci ne pourraient avoir qu'une action percutante fâcheuse sur l'intestin. Nous les rejetons absolument et pour nous, l'intervention ne doit satisfaire qu'à une indication qui est l'évacuation du pus.

5. Le chirurgien agit à l'aveugle, au fond d'un puits.

Or, la distance du cul-de-sac recto-vésical n'est pas tellement grande que l'on ne voie pas ce que l'on fait,

une fois des dilatateurs introduits dans l'anus. Cette distance est de 6^{cm} au plus quand la vessie est distendue et un cathétérisme évacuateur précédant l'opération peut la ramener à 5 et même 4 $\frac{1}{2}$. De plus la pression du pus sur le cul-de-sac doit encore l'avoir abaissée.

6. La guérison est longue et incertaine. Il n'y a qu'à lire les observations que nous rapportons pour se convaincre du contraire. Tous les malades ont été immédiatement soulagés et ont guéri en quelques jours, au plus en quelques semaines.

La conclusion qui nous semble résulter de tout ceci c'est que la voie rectale n'est passible d'aucune des objections qu'on lui a faites, qu'en tous cas elles sont loin d'être définitives, et que vu ses avantages évidents sur la voie sacrée et la voie périnéale, c'est elle qui doit avoir la préférence dans tous les cas où il est indiqué d'aborder le bas fond péritonéal.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (de Goerster)

(New-York medical Journal, juillet 1890.)

Patry, Auguste, secrétaire, âgé de 18 ans, fut admis le 10 novembre 1887 à l'hôpital avec des symptômes de péritonite d'origine appendiculaire. Il y avait un tympanisme général ; on ne pouvait sentir nulle part de tumeur, mais une douleur intense était ressentie à la pression dans la fosse iliaque droite. Le pauvre état du malade obligeait à une intervention et il fallait éliminer les opiacés et les stimulants. Le 13 novembre, le malade avait un peu repris. Un examen du rectum fit reconnaître la présence d'une tumeur fluctuante correspondant à sa face antérieure. Une incision évacua une grande quantité de pus, un tube à drainage fut placé dans la cavité et sortant par l'anus. Le tube ne fut pas bien supporté : il existait du ténesme et il fut expulsé à plusieurs reprises. Comme le malade allait beaucoup mieux et que la tumeur avait disparu, le drain fut retiré sans conséquences fâcheuses. Le malade était complètement guéri le 27 novembre.

OBSERVATION II (de Stimson)

(New-York medical Journal, octobre 1890.)

Le Docteur James E., âgé d'environ 30 ans, fut pris, le 10 avril 1890, d'une douleur terrible dans la fosse iliaque droite et de vomissements. C'était la sixième attaque en trois

ans. Les attaques précédentes avaient été traitées par l'administration de belladone et avaient duré seulement un ou deux jours. Je le vis le second jour alors qu'il se sentait mieux et croyait que l'attaque avait passé. Le soir du 12, pendant qu'il était à la chaise, il eut la sensation que quelque chose lui descendait dans la partie inférieure de l'abdomen. Cette sensation fut suivie d'un grand ténesme. Il se fit transporter au New-York Hospital et me fit appeler le matin suivant. Le Dr Mac Burney fut assez aimable pour l'examiner avec moi sur ma demande. La température est de 38° : le patient paraît très mal. Il y a une sensibilité marquée et un peu de matité dans la fosse iliaque droite. Le toucher rectal me fit sentir une tumeur au-dessus de la région prostatique, s'étendant d'un côté à l'autre du bassin. Cette tumeur paraissait plutôt dure et douloureuse à droite, molle au toucher et dépressible au centre. Une aiguille hypodermique introduite dans la tumeur ramena du pus.

Alors, l'anus étant dilaté, une incision faite à travers la paroi antérieure du rectum évacua une grande quantité de pus. Le doigt introduit à travers l'incision passa dans une cavité située derrière la vessie, la cavité péritonéale, à n'en pas douter. Un gros tube à drainage fut placé et retenu pendant trois jours, puis il s'échappa spontanément durant un mouvement des intestins à la suite d'une purgation saline.

18 avril. — Le malade retourne chez lui.

7 mai. — Quelque chose de dur peut être senti par le rectum et un peu dans la fosse iliaque droite.

OBSERVATION III (de Richardson)

(Boston medical and surgical journal, mars 1892.)

Le lundi 14 décembre 1891, je fus appelé pour voir un jeune homme de Boston par son médecin, le Dr W. Fogg, duquel j'appris l'histoire suivante :

James B., âgé de 26 ans, se portait très bien jusqu'à vendredi dernier. Dans la nuit, il commença à ressentir du malaise et se plaignit à sa femme de légères douleurs dans le ventre. Il dormit un peu, déjeuna le matin et se rendit à son travail. Dans l'après-midi il fut pris de crampes douloureuses dans le ventre (il indiquait la place en mettant sa main dans la partie inférieure de l'abdomen un peu au-dessous du nombril). La douleur dura toute l'après-midi et il fut incapable de continuer son travail.

Le samedi, il resta chez lui. Il avait une grande douleur dans l'abdomen à droite, accompagnée de vomissements. Sa langue était sèche et rouge, sa respiration plus fréquente que d'habitude. P. 108, T. 38°. Il se sentait glacé.

Le lundi son pouls monta à 128 et 130 dans la soirée. La douleur fut quelque peu diminuée par l'administration d'opium. Le ventre se ballonna et il vomissait continuellement. Le jour suivant le pouls retombe à 98; il y a un peu moins de douleur, mais les nausées et vomissements continuent. Le jour suivant, mercredi, P. 94 dans la matinée et 103 dans la soirée. Les symptômes généraux sont les mêmes. Le jeudi, P. 105 dans la matinée, 100 le soir. Pendant ce temps, nous lui donnons de petites quantités de lait et d'eau carbonatée. Le matin suivant, P. 90. Le 12, c'est-à-dire il y a deux jours, P. 98. On continue le même traitement. Hier, P. 105, 100 dans la soirée. Il vomissait avec beaucoup d'efforts. Il rendit un peu de liquide par l'anus et ensuite quelques gaz. Il eut une légère difficulté à uriner qui aboutit à la rétention dans la nuit. On l'a cathétérisé ce matin. Les vomissements ont cessé depuis ce matin.

A l'examen physique, je trouvai la face plutôt rouge, les pupilles larges, l'abdomen légèrement distendu. Il y a de la matité dans la fosse iliaque droite la vessie est distendue. Douleur à la pression profonde dans la fosse iliaque droite.

Tympanisme dans le reste du ventre. Rien par le toucher rectal. En ce cas, il me semble préférable d'attendre parce que les symptômes avaient pris une tournure favorable. Tout alla bien une semaine, quand les vomissements recommencèrent avec une nouvelle violence accompagnés d'une douleur acerbe et de distension du ventre. Il fut envoyé au Massachusetts-Hospital le soir du 23 décembre et je le vis vers 11 heures du soir. Je le trouvai vomissant constamment, avec un pouls et une température élevés et un mauvais état général. Il y avait une grosse tumeur occupant la partie inférieure de l'abdomen, remplissant tout le côté droit et s'étendant assez loin à gauche. Il y avait une grosse masse molle pressant sur le rectum juste derrière la vessie. L'état du malade était si bas que l'anesthésie et la laparotomie ne pouvaient être proposés. En conséquence, j'introduisis un long trocart rectal de petit diamètre dans la tumeur ; il y eut immédiatement une décharge de pus fétide. La canule fut fixée dans la masse et on appliqua un large pansement antiseptique ; les vomissements cessèrent dans la nuit et environ un litre et demie de pus s'écoula à travers la canule. En se dressant dans l'après-midi la canule se déplaça.

Depuis ce temps jusqu'à présent (mars 1892) la T. a été normale et les signes ont complètement disparu. On ne peut maintenant rien sentir par le rectum.

OBSERVATION IV

(voir thèse de Dormoy. Lyon, 1896)

M... âgé de 35-40 ans, charbonnier, entre le 11 décembre 1896 dans le service de M. Jaboulay. Il y a environ 3 semaines, il fut pris d'une colique franche d'appendicite. Le traitement médical fut aussitôt institué, mais les symptômes persistèrent. Depuis quelques jours le malade fait des glaires et a souvent de faux besoins.

A son entrée les phénomènes appendiculaires ont diminué. Le plastron abdominal a presque complètement disparu ; c'est à peine si on trouve un peu d'empâtement dans la fosse iliaque droite ; mais par le toucher rectal, on découvre une collection fluctuante située en avant du rectum et lui adhérent. M. Jaboulay décide d'ouvrir cette collection par le rectum ; sur la face antérieure de son index gauche, il fait glisser des ciseaux mousses, et donne issue à une forte verrée d'un pus chaud, crémeux, contenant quelques fongosités inflammatoires.

Le malade est immédiatement soulagé et quitte l'hôpital guéri deux jours après l'intervention.

Revu le 26 décembre, il dit que depuis l'opération il a évacué par le rectum du pus en petite quantité et des morceaux de chair que nous supposons être des fongosités.

Le 6 février il va bien et a repris tous ses travaux quoiqu'éprouvant encore parfois des pesanteurs dans le ventre.

OBSERVATION V (Inédite)
(due à l'obligeance de M. Jaboulay)

B... Julien, 25 ans. Employé de commerce. Entré le 2 juillet 1898, salle Saint-Louis n° 21. Pas de maladies antérieures : pas de constipation habituelle ni de douleurs appendiculaires.

Brusquement, le lundi 27 juin, dans la nuit, éclatent des douleurs dans le ventre, elles durent deux jours avec l'impossibilité absolue d'aller à la selle, ni de faire de gaz ; quelques vomissements alimentaires d'abord, puis bilieux, jamais fécaloïdes. Le jeudi, le malade a une selle. Le médecin appelé fait appliquer des cataplasmes puis de la glace sur le ventre.

Actuellement, 2 juillet, le malade a un facies péritonéal, le ventre est ballonné et douloureux à la pression. Cette dou-

leur est surtout accusée dans le bas-ventre, à droite. Tout le ventre est tendu, la percussion donne un son à peu près normal.

Application de glace sur le ventre.

8 juillet. — Le malade a des selles diarrhéiques très fétides 2 ou 3 trois fois par jour. Le ventre est dur et tendu, toujours douloureux spontanément et à la pression.

12 juillet. — Le toucher rectal fait reconnaître au dessus de la prostate une collection molle, douloureuse, qui fait saillie.

15 juillet. — La collection est devenue beaucoup plus volumineuse et empâte toute la région prostatique et au-dessus.

Incision avec les ciseaux courbes guidés sur le doigt. Issue de 500 grammes environ de pus jaunâtre, horriblement fétide. On met un drain. Dans la nuit du 15 au 16 l'issue de pus continue ; on change le coton deux fois.

16 juillet. — Le ballonnement du ventre a beaucoup diminué : le ventre est bien moins dur quoiqu'encore tendu.

19 juillet. — L'issue du pus a cessé. Il en sort cependant encore un peu avec les selles qui sont régulières mais un peu molles.

Le ventre est redevenu presque normal.

28 juillet. — Le ventre a recouvré sa souplesse normale. Plus de douleur à la palpation. Le malade a des selles régulières, sans pus.

30 juillet. — Le malade sort guéri de l'hôpital.

OBSERVATION VI (De Richardson)

Boston medical and surgical journal, mars 1892)

Le mercredi 18 novembre 1891, je fus appelé par le docteur Porter pour voir M^{lle} H. S. P.,, âgée de 30 ans environ. Il me rapporta l'histoire suivante :

Je la vis pour la première fois dans la nuit de vendredi dernier, elle se plaignait de coliques et d'indigestion, elle vomit

une ou deux fois. Le matin suivant P. 125. T. 38°. Elle souffrait dans différentes parties de l'abdomen. Le samedi, elle commence à se plaindre de douleurs dans la fosse iliaque droite. Cela me parut de l'appendicite. Je commençai par lui donner de petites doses de calomel. Dans la nuit de lundi elle commença à avoir du tympanisme P. 100, T. 37°8. En examinant l'abdomen, je trouvai de la matité dans le flanc droit et par le toucher rectal, une collection qu'on pouvait sentir aussi par le vagin : on sentait l'utérus quelque peu fixé et il y avait une résistance à droite. Après examen sérieux, je m'aperçus que la tumeur pouvait être ponctionnée et drainée par le rectum. Le jour suivant après anesthésie à l'éther, le Dr Porter ponctionna l'abcès à travers le rectum et y laissa un drain. Cette intervention fut suivie d'une guérison parfaite en trois semaines environ. Elle a persisté depuis (observation publiée le 17 mars 1892).

OBERVATION VII

(due à l'obligeance de M. Jaboulay)

Mat... 24 ans, salle Saint-Louis, N° 14. Bonne santé habituelle. Il y a huit jours début brusque d'accidents abdominaux : douleur intense dans la fosse iliaque droite, vomissements, constipation. A son entrée, à un examen superficiel, le malade présente le syndrome d'un étranglement herniaire. Il vomit abondamment et sans effort, on constate à l'orifice du canal inguinal droit une tuméfaction arrondie, assez volumineuse, très douloureuse au toucher. T. 39°. Toutefois en raison de la date éloignée des accidents, du siège principal très net de la douleur correspondant au point de Mac Burney, M. Jaboulay pose le diagnostic d'appendicite et procède à la laparotomie classique. Evacuation d'une poche purulente moyenne : on ne cherche pas à enlever l'appendice perdu au milieu d'adhérences de nouvelle formation.

Au bout de 7 jours, l'état général amélioré par cette intervention redevient mauvais.

12 mai. — Etat général grave. Faciès péritonéal, T. 40°5. Le toucher rectal fait sentir au-dessus de la prostate et à droite du rectum une collection. Lavage abondant du rectum, puis incision aux ciseaux courbes, sur un doigt introduit comme conducteur, de la paroi antérieure rectale ; ouverture du cul-de-sac recto-vésical par laquelle s'écoule un pus très abondant grisâtre. Un gros drain est laissé à demeure, en communication directe de la poche avec l'extérieur.

13 mai. — Amélioration manifeste. T. 38°.

14 mai. — Le malade a une selle sans rien de particulier à signaler.

15 mai. — L'écoulement étant tari, on enlève le drain très bien supporté pendant 3 jours. L'état général va toujours s'améliorant.

2 juin. — Actuellement le malade se lève depuis 8 jours, et n'était sa première plaie opératoire, incomplètement cicatrisée pourrait sortir guéri de l'hôpital.

OBSERVATION VIII

(Rapportée par M. Molin, à la Société des Sciences médicales)

Il s'agit d'une observation d'appendicite suppurée, chez une jeune fille, qui malgré un large drainage antérieur, continue à déverser ses produits dans le péritoine pelvien. Douze jours après la première intervention, M. Jaboulay constate une vaste collection dans le cul de sac de Douglas. Une incision pratiquée sur la paroi antérieure du rectum donna issue à un litre de pus : un drain est placé à demeure, et la malade, instantanément soulagée, guérit au bout d'une quinzaine de jours.

OBSERVATION IX

(Due à l'obligeance de M. Jaboulay)

M. Joseph, 30 ans, salle Saint-Louis, n° 1. Bonne santé habituelle. Depuis trois mois, il souffrait à intervalles éloignés de coliques peu intenses sur lesquelles il n'attire pas spécialement l'attention.

Il y a quatre jours, début brusque. Douleur intense dans la fosse iliaque droite, vomissements alimentaires, puis bilieux, constipation absolue. A son entrée, le cinquième jour après l'affection, état général extrêmement grave, facies péritonéal caractéristique, hoquet, vomissements fécaloïdes. Douleur et tension abdominale généralisées avec maximum à droite. L'incision classique conduit à une poche purulente au fond de laquelle on trouve un appendice énorme renfermant deux calculs stercoraux. Mais le syndrome péritonéal au complet amène à penser qu'il ne s'agissait pas là seulement d'une localisation bien limitée; en effet, par le toucher rectal on pouvait percevoir une collection dans la grande cavité péritonéale. Incision suivant le procédé de M. Jaboulay de la paroi antérieure rectale et du cul-de-sac recto-vésical. Issue d'une quantité considérable de liquide louche, peu épais et qui continue à s'écouler par un gros drain laissé à demeure dans la plaie.

Amélioration instantanée. T. le soir : 38°8. On pouvait espérer une issue heureuse quand dans la nuit les symptômes péritonéaux réapparurent emportant le malade vingt-quatre heures après l'intervention : celle-ci n'avait rien pu contre la la septicémie péritonéale trop avancée.

OBSERVATION X

(Rapportée par M. Barjon, chef de clinique à la Société des Sciences médicales de Lyon, février 1898)

M. Lazare, 19 ans, salle Saint-Augustin ; n° 22. Le 12 dé-

cembre, il ressent une légère douleur dans la région sous-ombilicale. Cette douleur s'accroît la nuit suivante, vomissements, constipation presque immédiatement consécutifs, sensation nauséuse continue.

14 décembre. — A son entrée douleur très intense dans la région sous-ombilicale, météorisme généralisé, vomissements abondants sans douleurs fécaloïde, T. 37°8.

15 décembre. — Etat général très mauvais. Facies grippé, anxieux.

17 décembre. — La douleur se limite au siège de l'appendice, application de glace et sangsues, amélioration ; une intervention chirurgicale ne paraît pas devoir être utile.

3 janvier. — Dans la nuit, le malade a une violente douleur abdominale. T. 39°. Facies grippé. La tuméfaction tient tout l'abdomen et envahit aussi la fosse iliaque gauche. L'état général s'est profondément altéré.

7 janvier. — Le malade présente tous les signes d'une péritonite aiguë généralisée par rupture du foyer appendiculaire primitif, vomissements porracés. M. Jaboulay incise sur le doigt introduit dans le rectum. Issue d'un litre et demi de pus très fétide ; on laisse une mèche de gaze à demeure.

9 janvier. — Le malade est toujours très bas, hypothermie.

10 janvier. — Douleur et gonflement au niveau de la région parotidienne droite. Incision de la parotide : pas de pus.

12 janvier. — Parotidite du côté opposé. Incision : issue de pus.

22 janvier. — Guérison des parotidites, ventre souple. Etat général meilleur, le malade s'achemine vers la guérison. Depuis le malade a fait un séjour à Longchêne, en est revenu très engraisé et en parfait état.

OBSERVATION XI (Inédite)

(Dûe à l'obligeance de M. Jaboulay)

L. Mathieu, 19 ans, voiturier, salle Saint-Louis, n° 11.

Depuis un an, le malade était sujet à des coliques assez vives avec diarrhée. L'affection a débuté le 21 septembre par des maux de tête violents ; le soir du même jour, coliques extrêmement vives sans localisation précise. Constipation, vomissements d'abord alimentaires, puis verts.

Le 23 septembre, il entre à l'hôpital, salle Saint-Jean, passe à Saint-Louis le 24. État général extrêmement faible. Teinte terreuse, nez effilé. Pouls rapide et petit. Il a de la dyspnée et un état demi-comateux. Ventre uniformément ballonné. Tympanisme mélangé à droite de matité. Urines rares et sombres. Le même jour et d'urgence, laparotomie rectale avec les ciseaux conduits sur le doigt. Issue de pus, très fétide et abondant, dans lequel on trouve une riche flore microbienne. On place un gros drain.

Amélioration sensible à la suite de l'intervention. L'état général reste assez bon.

Le 26 septembre, le ventre est un peu moins ballonné et tendu : on sent mieux la localisation douloureuse à droite. Cependant pas de matité ni d'empâtement. Le tympanisme est total. Anesthésie légère, laparotomie iliaque. L'appendice est gangrené, un calcul se trouve à moitié chemin d'une perforation, prêt à tomber dans le péritoine. Pas de pus, anses intestinales distendues, un peu de péritonite plastique au niveau de l'appendice.

Peu de temps, après l'opération, il s'établit une fistule stercorale au niveau du cœcum. Cependant l'état général se relève progressivement. Le malade recommence à s'alimenter.

Actuellement (commencement de décembre) le malade va très bien. Il a considérablement engraisé. On lui a bouché

sa fistule stercorale, et il va sortir prochainement complètement guéri.

OBSERVATION XII

Publiée dans le n° du 15 décembre 1898 de la *Loire médicale*
par le Docteur Duchamp,
agrégé, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Saint-Etienne.

Le 14 septembre 1898 entre à l'Hôtel-Dieu de Saint-Etienne le jeune G... Jean, âgé de 13 ans. D'une bonne santé habituelle, cet enfant se plaignait cependant, depuis deux ans, de coliques survenant par périodes irrégulières, avec maximum dans la fosse iliaque droite.

Quinze jours avant son entrée à l'hôpital, les coliques avaient augmenté et l'avaient forcé au bout de trois jours à prendre le lit : coliques violentes, constipation, pas de vomissements. Le soir de l'entrée à l'hôpital, température rectale : 40°.

Je le vis le lendemain matin, 15 septembre. TR : 39° En découvrant l'abdomen, on voit se dessiner à l'hypogastre une tumeur arrondie, médiane, s'élevant jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic et ressemblant à une vessie fortement distendue. Cette tumeur est tendue, rénitente, douloureuse au palper. La vessie évacuée ne contient que quelques gouttes d'urine. Par le toucher rectal, on sent une collection saillant fortement dans l'intestin.

Il s'agissait évidemment d'une collection péritonéale à forme pelvienne, dont l'origine devait être l'appendice, étant données les douleurs ressenties depuis longtemps dans la fosse iliaque droite.

Il eût été difficile d'aborder l'abcès par la voie iliaque ; on ne sentait en effet, au siège d'élection, aucune tumeur et pas d'empâtement profond : il était tout indiqué d'ouvrir l'abcès par le rectum comme le conseille M. Jaboulay, dont j'avais lu auparavant le travail.

Anesthésie au chloroforme; l'anus est facilement dilaté et la paroi antérieure du rectum apparaît tendue dans l'ouverture anale. Une aiguille de Pravaz, enfoncée dans cette saillie, donne du pus. L'aiguille est retirée et je fais au bistouri, par ponction, une incision longitudinale de deux centimètres environ : un flot de pus fétide, mêlé à des grumeaux, s'échappe. Par l'ouverture maintenue béante par une pince à mors écartés, j'introduis des drains de 8 millimètres de diamètre et de 5 centimètres de longueur accolés en canon de fusil. Une grosse épingle de sûreté traverse ces deux drains pour les empêcher de tomber dans le péritoine; cette épingle, les drains en place, est appliquée contre la muqueuse rectale; les tubes s'ouvrent donc directement dans le rectum. Pas de lavage du péritoine; pas de pansement. L'écarteur de l'anus est retiré. Au palper de l'abdomen, la tumeur hypogastrique a disparu.

Le soir même, la température est tombée à 37°5; elle n'est pas remontée par la suite.

Deux jours après l'intervention, selles diarrhéiques. Quatre jours après, pratiquant le toucher rectal, je ne retrouve plus les drains qui ont été expulsés avec les selles. L'incision n'apparaît plus que sous la forme d'un pertuis difficile à découvrir.

Le 6 octobre, vingt jours après l'opération, l'enfant sort guéri. Je l'ai revu le 4 décembre 1898. Son état général est excellent. Plus de coliques. Le ventre est souple : pas de douleur au point de Mac Burney. Le doigt ne retrouve plus la trace de l'incision. Combiné avec le palper, le toucher rectal fait constater la souplesse parfaite du péritoine pelvien.

CONCLUSIONS

I. — Le drainage des collections péritonéales par la voie rectale est une opération qui se propose de perforer la paroi antérieure du rectum pour pénétrer dans la séreuse par son bas-fond et la drainer en son point le plus déclive. Bien que né en Amérique, ce procédé a été surtout employé en France par M. Jaboulay qui en a le premier tracé le manuel opératoire et nettement exposé les indications, aussi proposons nous de l'appeler procédé de M. Jaboulay.

II. — Une pareille intervention est surtout indiquée et pratiquée chez l'homme, la voie vaginale étant toute tracée chez la femme ; elle a cependant ses indications chez la jeune fille vierge et la nullipare.

III. — On l'a employée chez l'homme :

1° Dans le type pelvien d'abcès péri-appendiculaire, type prérectal de Gerster : l'opération se borne à l'évacuation d'une collection péritonéale enkystée par le chemin le plus direct.

2° Dans le cas de péritonite généralisée d'origine intestinale et surtout d'origine appendiculaire. Le drainage rectal employé soit seul, chez des malades

très affaiblis (véritable laparotomie rectale), soit comme complément de la laparotomie, a pour but de s'opposer à la rétention et par suite à la résorption par la séreuse des liquides septiques accumulés dans le péritoine pelvien.

M. Jaboulay propose d'étendre ses indications aux cas d'appendicite infectieuse aiguë sans perforation, de contusion de l'abdomen, accompagnée de rupture de l'intestin grêle, de péritonite postopératoire ; elle permet d'évacuer les produits qui pourraient stagner dans le petit bassin.

IV. — C'est une opération simple qui se fraie un chemin tout tracé par la nature pour l'évacuation des collections pelviennes. Elle draine au point déclive, vide le péritoine en deux ou trois jours, n'amène pas l'infection de la cavité abdominale par les matières fécales et ne laisse pas à sa suite de fistules persistantes. Ces avantages doivent la faire préférer aux voies par-rasacrée et périnéale qui sont des opérations longues, sanglantes, difficiles, se créant des chemins artificiels et compliqués.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
POLLOSSON (M.).

Vu :

LE DOYEN,
LORTET.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 6 décembre 1898.

LE RECTEUR,
GABRIEL COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- DORMOY. — Thèse de Lyon, 1896.
- FRÉLICH. — Mercredi médical, mars 1895.
- GERSTER. — New-York medical journal, 1890.
- JABOULAY. — Lyon médical, mai 1898.
- KÆRTE. — Berlin, Klin. Wochen schrift, 1892.
- MARGERY. — Thèse de Lyon, 1892.
- MAUCLAIRE. — Bulletin de la Société anatomique de Paris.
1897.
- MOLIN. — Province médicale, juin 1898.
- MORESTIN. — Thèse de Paris, 1894.
- MOULONGUET. — Archives provinciales de Chirurgie, 1894.
- PIARD. — Archives générales de médecine, 1896.
- POZZI. — Bulletin de la Société de Chirurgie.
- RICHARDSON. — Boston medical and surgical journal, 1892.
- ROUTIER. — Semaine médicale, 1894.
- SEGOND. — Société de chirurgie, 1885.
- STIMSON. — New-York medical journal, 1890.
- TESTUT. — Anatomie descriptive, tome III.
- TILLAUX. — Anatomie topographique.

